FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

168

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Annette JACOB-DENNERY

née à Paris, le 5 Février 1929

Présentée et soutenue publiquement, le 11 Mars 1955

DU ROLE ÉTIOLOGIQUE DU STAPHYLOCOQUE DANS L'ERYTHRODERMIE DU NOURRISSON

Président : M. Julien MARIE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Annette JACOB-DENNERY
née à Paris, le 5 Février 1929

Présentée et soutenue publiquement, le

DU ROLE ETIOLOGIQUE DU STAPHYLOCOQUE DANS L'ERYTHRODERMIE DU NOURRISSON

Président : Mr. Julien MARIE, Professeur

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYEN HONORAIRE :
M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN.....Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR.....Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	N...
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	BROCQ
Cliniques chirurgicales (Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES
Cliniques chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR
Cliniques chirurgicales (COCHIN	QUENU
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphylitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enfants	DEBRE
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques médicales (Bichat	LAROCHE
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU
Cliniques médicales (Broussais	DE GENNES

..../....

MM.

Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale propédeutique.....PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....BOULIN
Cliniques obstétricales..(Tarnier.....LANTUEJOUL
(Baudelocque.....LEVY-SOLAL
(Port-Royal.....LACOMME
Clinique ophtalmologique.....VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique.....AUBIN
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel). RICHET
Clinique psychiatrique infantile.....HEUYER
Clinique rhumatologique et sociale.....COSTE
Clinique stomatologique.....DECHAUME
Clinique thérapeutique chirurgicale.....SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale.....LEMAIRE
Clinique urologique.....FEY
Embryologie.....GIROUD
Génétique.....LAMY
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....MOUQUIN
Histologie.....CHAMPY
Hygiène et clinique de la première enfance.....CATHALA
Hygiène et médecine préventive.....JOANNON
Médecine du Travail.....DESOILLE
Médecine légale.....PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale....GALLIARD
Pathologie chirurgicale.....MENEGAUX
Pathologie exotique.....LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée.....LENEGRE
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnelle).....MERKLEN
Pathologie médicale.....BARIETY
Pathologie et thérapeutique générales.....GARCIN
Pédiatrie sociale.....MARIE
Pharmacologie et matière médicale.....HAZARD
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) DOGNON
Physiologie.....BINET (L.)
Physique médicale.....STROHL
Radiologie médicale.....DEGREZ
Technique chirurgicale.....MOULONGUET
Thérapeutique.....TURPIN

:-:-:-:-:

.../...

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.
natomie.....	DEBEYRE DELMAS Pr.s.ch.
natomie pathologique.	N... GAUTHIER-VILLARS Melle.P. Pr.s. Ch. BUSSER GOUYGOU
actériologie.....	FASQUELLE NEVOT
iologie médicale..	BOURLIERE
himie médicale....	ETTORI Pr.s.ch. JAYLE Pr.s.ch. SCHAPIRA
ermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT
istologie.....	BULLIARD Pr.s.ch. COUJARD (R.) N...
ydrologie.....	DEBRAY
ygiène.....	BOYER DEPARIS
édecine légale et du travail	DEROBERT GAULTIER HADENGUE
eurochirurgie.....	DAVID
eurologie.....	SEZE (S de.)
bstétrique.....	GRASSET LEPAGE MAYER MERGER MORIN RAVINA VARANGOT
phtalmologie.....	OFFRET DESVIGNES
rthopédie.....	JUDET
to-rhino-laryngologie.....	HALPHEN Pr.s.ch. AUBRY MADURO

	MM.
Pathologie chirurgicale	HUGUIER LAURENCE LEGER LORTAT-JACOB OLIVIER PADOVANI POILLEUX ROUX RUDLER VERNE
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	BERNARD BOUDIN CASTAIGNE CONTE DECOURT DOMART DREYFUS FAUVERT HAMBURGER KOURILSKY LAMOTTE LAROCHE MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT THIEFFRY Turiaf
Pédiatrie...	JOSEPH LAPLANE N...
Pharmacologie	LEVY (Melle) Pr.s.ch. CHEYMOL Pr.s.ch.
Physiologie.	BARGETON Pr.s.ch. PARROT
Physique médicale....	DJOURNO Pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie.....	KREIS

/...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0051

	MM.
Parasitologie.....	BRUMPT CHABAUD
Pathologie chirurgicale.....	ABOULKER BAUMANN GOSSET
Thérapeutique.	PERRAULT chargé enseig.
Urologie	KUSS
Psychiatrie...	BARUK
Psychiatrie infantile....	MICHAUX
Stomatologie.	CERNEA CHAPUT (Mme.A.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (Clinique chirurgicale)
LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE PATEL SICARD
Clinique médicale	BROUET CACHERA
Clinique médicale	HAGUENAU Pr.s.ch. MARCHAL SOULIE
Clinique obstétricale.....	ECALLE
Clinique ophtalmologique.....	RENARD
Clinique urologique	COUVELAIRE

:-:-:-:-:

MM.

Secrétaire général de la Faculté....MOREL
Secrétaire.....Melle CHAINTREUIL

:-:-:-:-:

Conservateur, chargé de la direction... Docteur HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
Bibliothécaires : Melles DUMAITRE - LE NOIR - METIN- QUIEVREUX.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur

Julien MARIE

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Docteur CAYLA

Qui a bien voulu nous confier
ce travail, dans son Service.

A Monsieur le Docteur PERROT

Qui nous a fourni la documentation nécessaire et nous a guidé de ses conseils.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur ALAJOUANINE

Monsieur le Professeur AUBIN

Monsieur le Docteur BENDA

Monsieur le Docteur CLEMENT

Monsieur le Docteur COUVELAIRE

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Professeur DELAY

Monsieur le Docteur DEROT

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

Monsieur le Docteur LONGUET

Monsieur le Professeur MOLLARET

Monsieur le Docteur RAVINA

Monsieur le Docteur SCHWOB

Monsieur le Professeur VELTER

INTRODUCTION.-

L'érythrodermie desquamative du nourrisson (maladie de Leiner-Moussous) est une maladie relativement fréquente, en particulier dans les consultations où elle se présente en général comme une maladie bégnine.

Erythème fessier ou grande erythrodermie, tous les auteurs s'accordent pour les considérer comme des stades successifs d'une même maladie. Mais si celle-ci fut décrite d'une manière identique par tous, l'étiologie donna lieu à de nombreuses controverses.

Depuis les épidémies de crèche, l'origine infectieuse est la plus généralement admise, cependant la nature du germe en cause n'a pas été déterminée de façon certaine.

En nous aidant de techniques bactériologiques récentes nous avons étudié 27 cas d'érythrodermie, d'une part à l'hopital de Neuilly dans le service de Monsieur le Docteur CAYLA, d'autre part à la Salpétrière dans le service et à la consultation de Monsieur le Docteur LEVESQUE.

Nos prélèvements ont porté sur les lésions cutanées, ainsi que sur le pharynx et les selles de ces enfants. Nous avons également prélevé le pus des complications suppuratives lorsqu'elles existaient.

Nous avons, d'autre part étudié bactériologiquement les laits maternels et les diverses suppurations maternelles, en vue de rechercher l'origine éventuelle du germe de ces nourrissons nourris presque exclusivement au sein.

Ces examens de lait ont été comparés à des prélèvements systématiques effectués à la maternité de l'hopital de Neuilly et chez les nourrices du service de Monsieur LEVESQUE.

Les résultats de ces examens nous portent à conclure que le germe en cause est bien le staphylocoque, malgré sa fréquence chez de nombreux enfants sains (TURPIN-PILLET) Sa constance dépasse largement l'entérocoque habituellement invoqué dans l'érythrodermie.

.../...

Nos trop modestes connaissances en bactériologie ne nous ont pas permis de pousser l'étude des souches isolées.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à cette thèse et nous guider dans notre travail :

Monsieur le Docteur CAYLA, Monsieur le Docteur PERROT, enfin Monsieur R. RICHOU et les laborantines qui nous ont guidé et aidé au point de vue bactériologique.

:-:-:-:-:-:-:

HISTORIQUE.-

Si l'on cherche à remonter le cours de l'histoire de l'érythrodermie desquamative du nourrisson, c'est en 1828 qu'on en retrouve une première description, alors confondue avec la desquamation physiologique du nourrisson.

BILLARD, à cette époque, écrivait :

" J'ai quelquefois observé l'exfoliation épidermique deux fois chez le jeune enfant. Il n'est pas rare de voir les enfants offrir dans les premiers mois de leur naissance les phénomènes de l'exfoliation épidermique naturelle. Si au bout de ce temps ils tombent malades et sont réduits au marasme par les progrès de leur maladie l'épiderme de l'abdomen et des membres se détache de nouveau, mais alors il s'enlève sous forme de lamelles larges, de zones plus ou moins étendues, et des écailles furfuracées se montrent en abondance sur les diverses parties du corps. "

Puis à Prague, en 1878, RITTER décrivit le syndrome qui porte son nom. La dermatite exfoliative de l'enfant à la mamelle est une maladie fort rare en France. Elle débute à la face : Fissures, vésicules aboutissent rapidement à une exfoliation totale. Nous aurons l'occasion de revenir longuement sur cette maladie car en raison des caractères communs avec l'érythrodermie du nourrisson, elle fut longtemps assimilée à celle-ci.

En 1892, RAYMOND et BARBE présentèrent à la société de Dermatologie un enfant de 2 mois nourri au sein pendant trois semaines puis au biberon et qui n'était atteint d'aucune syphilis héréditaire.

A l'âge de 8 jours était apparu chez cet enfant un érythème des membres inférieurs, qui à l'âge de 3 semaines s'était étendu à tout le corps.

L'état général était médiocre.

Enfin était apparue une desquamation qui s'était rapidement généralisée. Il n'y avait aucune altération des ongles et des muqueuses. Le diagnostic posé fut celui de Dermatite Exfoliatrice.

.../...

VIDAL, BROCQ et BESNIER critiquèrent ce diagnostic à cause de la séborrhée du cuir chevelu et de l'extrême rareté de la maladie de RITTER.

BESNIER ajouta qu'à ST LOUIS les cas semblables étaient considérés comme des dermatites érythémato-eczématoïdes de cause externe.

C'est en 1904 que DARIER présenta à la Société de Dermatologie l'observation d'une érythrodermie exfoliatrice totale consécutive à un eczéma séborrhéique qui s'était généralisée en 9 jours. Il s'agissait d'un enfant de 5 semaines nourri au sein. BROCQ parla, à ce propos, de séborrhéides.

En 1905 : LEBARD, élève de MOUSSOUS, note la coexistence d'érythrodermie et de séborrhée. " L'érythème fessier, dit-il, affecte chez le nourrisson atteint d'eczéma séborrhéique, un type spécial caractérisé essentiellement par la grande diffusion des lésions, leur délimitation bien tranchée leur peu de tendance au suintement. "

La desquamation ne fait pas encore partie de la description.

Plus tard, en Mars 1908, dans un article des archives de Médecine des enfants, MOUSSOUS, de Bordeaux, fait une description complète de la maladie et tend pour sa part à attribuer à la maladie une origine thyroïdienne.

Quelques mois plus tard, Karl LEINER décrivit l'érythrodermie desquamative, en Allemand, dans les Archives f. dermato. et en Anglais dans " the Journal of children diseases."

Après une description de la maladie, qui, dit-il, débute presque toujours à la fin du premier mois ou au début du deuxième, mais pas toujours dans la même région, il ajoute que dans la majorité des cas elle commence à la tête sur laquelle la séborrhée se développe rapidement.

La description concomittante par LEINER, d'une part, par MOUSSOUS, d'autre part, d'un syndrome presque identique, a fait associer depuis leurs deux noms pour désigner cette dermite.

AUDRY, de Toulouse, publie alors des observations cadrant avec la description de LEINER.

.../...

MORO, également, rapporta II observations, chez lesquelles 4 enfants seulement étaient au sein, et les classe comme érythème intertrigo.

En 1913, VAUGIRAUD, élève de COMBY, fait la distinction entre Maladie de RITTER et maladie de LEINER-MOUSSOUS, cette dernière compliquant un érythème banal sur terrain séborrhéique. COMBY lui-même les avait considérées, pendant longtemps, comme des maladies identiques.

En 1921, à la Société de Pédiatrie, MARFAN, HALLEZ, signalent quelques cas mortels. JACQUET, PETGES, Monsieur et Madame MONTLAUR, LE BLAYE, WOHRINGER, reprirent l'étude de cette maladie,et après une description clinique sur laquelle l'accord est unanime, essaient d'en éclairer la pathogénie.

L'accord, sur celle-ci, s'avère beaucoup plus difficile. Nous reviendrons sur les diverses théories émises à son sujet.

:-:-:-:-:-:-:-:-:

CLINIQUE.-

C'est, en général, vers la fin du deuxième mois ou au début du troisième, que les parents amènent leur enfant en consultation, alors que la maladie a atteint son degré maximum.

En fait, l'affection débute dès les premières semaines, tout au plus, au deuxième mois de la vie.

Comme le notait déjà LEINER : à part quelques exceptions, la maladie s'attaque seulement à l'enfant au sein.

Sur les 43 cas de LEINER, 4I étaient au sein.
Parmi ceux de BECK, I6 sur I6.
VAUGIRAUD en relève 5 sur 5.

Nous-même, sur nos 27 observations, ne retrouvons que deux enfants nourris artificiellement depuis la naissance.

Il peut s'agir d'enfant dont la hutrition et l'accroissement sont satisfaisants sans aucun trouble digestif ou cutané, mais le plus souvent il existe des troubles digestifs légers, diarrhée prandiale (banale chez l'enfant au sein) parfois quelques vomissements.

En fait, il s'agit presque toujours de beaux enfants chez lesquels sont apparus, primitivement, quelques troubles digestifs.

A la diarrhée prandiale très banale se sont ajoutés quelques vomissements, ou une perte de poids ou même un simple arrêt dans l'ascension de la courbe de poids. On peut noter un léger clocher fébrile.

Puis deux ordres de symptômes vont apparaître qui, avec les troubles digestifs, constitueront la triade de début :

Erythème Fessier
Séborrhée de la face et du cuir chevelu

Contrairement à la description de LEINER qui considérait que l'érythème était à point de départ céphalique, c'est en général par des lésions purement cutanées

.../...

localisées aux régions périanales, génitales, interfessières, génito-crurales , que débute cet érythème.

Ce sont des macules rouges progressivement confluentes des fesses et de la racine interne des cuisses, accompagnées d'intertrigo des plis inguinaux. Ce dernier signe est plus marqué chez les gros enfants où à ce niveau la peau est rouge et suintante.

Rapidement les lésions s'étendent aux cuisses en totalité aux lombes d'où le nom d'"érythème en caleçon ". La peau est rouge, congestionnée (BOISSERIE-LACROIX), les bords de l'érythème sont plus ou moins marqués, irréguliers, d'aspect géographique ou micropolycyclique.

L'intensité de l'érythème est variable, plus ou moins foncé, souvent rosé.

Habituellement lisse et luisant, vernissé, brillant, l'épiderme semble aminci parfois d'aspect collodionné.

Le fond des plis est craquelé, fissuré, surtout dans les régions en contact avec les langes humides.

PETGES a noté, parfois, un léger suintement. On note, par contre, l'absence totale de prurit, ce qui conserve aux nourrissons un sommeil normal. Pour la même raison on ne trouve aucune lésion de grattage. A la même époque, sur la région céphalique, séborrhée et intertrigo rétroauriculaire font leur apparition.

Le cuir chevelu se recouvre d'une calotte de croûtes jaunâtres, épaisses, facilement détachables, sous lesquelles la peau est rouge parfois légèrement suintante.

C'est cette atteinte céphalique qui donne à tous ces petits malades un aspect identique.

Les cheveux sont rares, les paupières recouvertes de squames. Seuls, le bout du nez, les narines et le cou ne sont atteints qu'en dernier et parfois indemmes.

L'association de ces localisations, ces caractères à la fois érythémateux et squameux sont caractéristiques de cette maladie et doivent en faire poser le diagnostic à cette époque afin d'entreprendre le traitement.

.../...

Sinon on atteint rapidement la

PHASE D'ETAT :

Des régions atteintes primitivement, les plaques érythématosquameuses s'étendent à tout le reste du corps en nappes confluentes, et les lésions s'accentuent pour former la grande érythrodermie.

De la région inguinale l'érythème gagne successivement la face postérieure des cuisses, la région poplitée puis l'ensemble des membres inférieurs.

Parti de l'ombilic il s'étend en bandes latérales sur l'abdomen et les lombes.

Parti du creux axillaire il envahit progressivement le thorax sur toutes ses faces.

Enfin du sillon rétroauriculaire il atteint toute l'extrémité céphalique.

De larges placards rouge vif ou rouge vineux aux limites imprécises et sinueuses s'associent à d'abondantes productions squameuses. On peut cependant trouver quelques intervalles de peau saine et souvent la moitié supérieure du corps est moins atteinte que la moitié inférieure.

La palpation ne révèle aucun épaississement, aucune infiltration de la peau. On peut trouver quelques microganglions dont certains évolueront parfois vers l'adénophlegmon tel celui noté dans une de nos observations.

Il n'y a aucune lésion des muqueuses.

En même temps que l'érythème apparait la desquamation = les couches de l'épiderme se déssèchent, se fendillent, se craquèlent, finissent par tomber spontanément, en particulier, dans les langes de l'enfant. Ces écailles donnent au toucher une consistance grasse et onctueuse.

Cette desquamation varie d'intensité d'un jour à l'autre et selon les régions du corps.

Fine et furfuracée à la face, de larges lambeaux se détachent des membres inférieurs.

Sous ces squames épaisses mais se détachant facilement, le derme est rouge vif, infiltré, épaissi mais non suintant.

.../...

Les ongles, lorsqu'ils sont atteints, présentent des striés longitudinales et transversales qui en rendent la surface irrégulière. L'hyperkératose du limbe provoque une convexité anormale de l'ongle.

Formes cliniques. En dehors de ces formes intenses on peut en voir de plus frustes. Les lésions peuvent être plus discrètes, l'érythème peut rester localisé à la région inguino fessière et ne s'accompagner que d'une légère séborrhée.

Dans d'autres cas ce sont les lésions céphaliques qui prédominent. Enfin, on peut souvent retrouver de grands espaces de peau saine.

L'EVOLUTION :

L'évolution de cette maladie est, en général, bégnine. L'hyperhémie de la peau, l'intensité de la desquamation, s'atténuent progressivement.

Les squames deviennent plus fines et la peau reprend petit à petit son état normal ; tout ceci en quelques semaines.

Parfois, au contraire, des poussées successives apparaissent qui s'accompagnent de nouveaux troubles digestifs ainsi que d'une nouvelle perte de poids.

Tant qu'il persiste un ilot atteint, cette rechute est à craindre mais une fois la dermite guérie totalement, la rechute ne se produit jamais et il ne persiste aucune séquelle.

Cette bégninité ne semble pas être la seule évolution possible - LEINER note un tiers de décès dans sa statistique - MOUSSOUS, MARFAN, décrivent également des cas mortels - LEREBOULLET rapporte un décès.

"Même quand la maladie cutanée évolue favorablement, disait LEINER, l'état général de ces petits malades est toujours atteint. Ils perdent parfois beaucoup de poids et il faut souvent longtemps pour que le développement redevienne normal ".

Parmi les observations rapportées dans la littérature, les décès sont dûs à :

des broncho-pneumonies
des états toxiques
quelques cas de méningite, une septicémie

tous ces cas liés à des complications mais non à la maladie elle-même.

.../...

Ces complications graves, mortelles, sont d'ailleurs rares. Par contre, les complications plus bégnines sont fréquentes, en particulier, chez les enfants hospitalisés où elles sont presque la règle.

On relève de nombreuses observations d'abcès sous cutanés d'adénophlegmon, et de multiples complications auriculaires. En particulier dans les observations de WHITE se rapportant à l'épidémie de crèche d'Antony on retrouve I00% d'otite, parfois grave, souvent récidivante, et toujours un mauvais état général à la guérison de l'érythrodermie.

Dans nos observations nous avons I5 otites dont deux ont nécessité l'antrotomie malgré les traitements antibiotiques. Ces complications diverses sont à redouter chez l'enfant hospitalisé mais, en règle, chez l'enfant isolé, cette maladie guérit en quelques semaines complètement et sans séquelles.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Avec quelques autres maladies du jeune enfant peut-on confondre ce tableau clinique ?

A la phase de début, il est difficile de prévoir si l'érythème fessier ou l'érythème intertrigo restera limité et bénin ou si celui-ci s'étendra et se compliquera en érythrodermie.

Lorsque celui-ci commence à s'étendre on éliminera le diagnostic d'érysipèle devant la température strictement normale ou subnormale, bien loin des clochers à 40° de l'érysipèle.

On ne le confondra pas non plus avec la desquamation physiologique du nouveau né qui est plus précoce, moins intense et sans érythème.

On le distinguera également de l'ichtyose qui existe depuis la naissance.

C'est de l'eczéma du nourrisson qu'on devra discuter le diagnostic.

Toutefois, l'âge de prédilection des deux maladies est différent. L'érythrodermie débute tôt, dès les premières semaines de la vie. L'eczéma, par contre, apparait vers le 3ème ou le 4ème mois. L'éruption de l'eczéma se localise d'abord aux pommettes, est nettement papulo vésiculeuse

.../...

et suintante. Il y a oedème, infiltration des téguments et un prurit intense gène le sommeil de ces malades. Nous avons noté, au contraire, l'absence de prurit dans l'érythrodermie.

Les barrières ne sont pas toujours aussi nettes entre ces deux maladies. L'eczéma peut être précoce, l'érythrodermie peut être localisée uniquement à l'extrémité céphalique. C'est le prurit ou l'absence de prurit qui permettra souvent de poser le diagnostic.

Après avoir éliminé une syphylis héréditaire, qui a eu des partisans à cause des rares fissures et raghades, retrouvées dans quelques cas, mais sans signe viscéral ou sérologique de syphylis, c'est de la rare maladie de RITTER VON RITTERSHEIM qu'il faudra distinguer la maladie de LEINER-MOUSSOUS.

Comme nous l'avons rappelé plus haut, de nombreux auteurs furent partisans d'une théorie uniciste, la maladie décrite par RITTER étant pour ceux-ci un stade,compliqué de celle décrite par LEINER.

Pour WOLTZ " dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle et érythrodermie desquamative des nourrissons sont les synonymes d'une même maladie ".

En effet, l'âge d'apparition est sensiblement le même quoique la maladie de RITTER apparaisse en général très précocement dès les premiers jours de l'existence.

Les deux symptômes principaux de l'érythrodermie : érythème et desquamation se retrouvent ici aussi.

Mais l'histoire clinique est un peu différente.

La maladie de RITTER débute par un érythème péri buccal puis gagne tout le corps, respectant,toutefois, les extrémités. On trouve des raghades péribuccales, des vésicules, même de vraies bulles remplies de sérosité louche sur un fond érythémateux. Il s'agit d'un véritable pemphigus géant généralisé.

Puis les bulles s'affaissent, se déssèchent, s'exfolient en larges lambeaux.

Sur les régions saines on peut retrouver le signe de l'épidermolyse décrit par NIKOLSKY : la simple friction cutanée provoque un décollement de l'épiderme.

.../...

Les examens histologiques qui ont été pratiqués ont montré une exsudation sous épidermique avec absence de toute altération appréciable des couches vasculaires du derme.

Dans l'érythrodermie, au contraire, les examens histologiques pratiqués par LEINER montraient :

une infiltration étendue et une desquamation continuellement renouvelée telle qu'on peut en trouver au cours de diverses lésions cutanées irritées secondairement.

Il existe une dilatation des vaisseaux et capillaires avec afflux de leucocytes.

On note une grande inflammation et oedème de l'épiderme avec parakératose.

A l'autopsie, d'autre part, LEINER avait retrouvé:

Dégénérescence sévère du myocarde,

Dégénérescence et infiltration du foie,

Modification catarrhale de la muqueuse intestinale,

Peu de modifications du système lymphatique et souvent des lésions rénales.

L'évolution enfin de ces deux maladies est différente:

La maladie de RITTER évolue de façon aiguë, brutale, avec forte fièvre et se termine en règle par un décès au bout de quelques jours, voire même 24 heures.- Alors que l'érythrodermie évolue en plusieurs semaines même plusieurs mois vers une guérison complète et sans séquelles.

Nous pensons donc, comme les auteurs actuels, et comme l'écrivait HALLEZ en 1924, que :

" Maladie de RITTER et maladie de LEINER-MOUSSOUS doivent être considérées comme deux affections distinctes malgré leurs caractères communs ".

:-:-:-:-:-:-:-:-:

ETIOLOGIE :

La recherche de l'étiologie de cette dermite du nourrisson de diagnostic assez aisé, apparaissant à partir d'un érythème banal chez de beaux enfants au sein a préoccupé tous les auteurs depuis LEINER et MOUSSOUS.

Ce dernier avait envisagé une origine thyroïdienne, idée reprise par Mademoiselle MELON dans sa thèse qui suggère alors d'effectuer chez ces enfants des épreuves de métabolismes basaux. Aucun travail ne relate ces recherches et nous ne pensons pas qu'il faille retenir cette étiologie.

En raison des alternances rapides d'éclosion et de disparition de cette dermite qui est sujette à rechutes avant la guérison complète, MOUSSOUS envisagea également le rôle du système nerveux vaso moteur.

Préoccupé par la syphylis congénitale fréquente à son époque, PARROT suggéra que celle-ci pouvait être en cause chez ces nourrissons.

Simone VIDAL reprit également cette idée mais malgré des observations issues d'un centre de syphylis congénitale,elle ne peut mettre cette étiologie en valeur.

La fréquence des examens sérologiques positifs chez l'enfant, à la naissance, à trois mois, et chez la mère est peu importante et on ne retrouve dans la grande majorité des cas aucun signe viscéral de syphylis congénitale. Actuellement où celle-ci est en nette régression, l'érythrodermie des nourrissons est toujours aussi fréquente.

La " mauvaise alimentation ",dont le signe objectif serait la diarrhée, a été invoquée à son tour mais, comme a dit MARFAN " la diarrhée n'est pas toujours nécessaire pour que l'érythème apparaisse, et inversement il y a des diarrhées qui ne se compliquent jamais d'érythème ".

Pour JACQUET " tous ces facteurs sont de première importance mais capables seulement de renforcer, non de créer de toutes pièces et par conséquent d'expliquer ces dermatoses. Il y a donc un autre élément ".

.../...

Une théorie, selon laquelle l'origine de la maladie serait à chercher dans une carence alimentaire , a également vu le jour en Allemagne.

WOHRINGER rapporte que HACKEL et WITTMANN, très impressionnés par la fréquence extraordinaire de la maladie durant les années de restrictions qui suivirent la première guerre mondiale, en conclurent à l'absence d'un facteur indispensable dans le régime infantile ou maternel. Ils pensèrent qu'il s'agissait d'une vitamine contenue dans les aliments frais.

Un régime carencé semblable à celui utilisé pour la reproduction expérimentale de la pellagre provoqua chez le rat une dermite voisine de celle du nourrisson.

L'adjonction de petites quantités de foie, ou de levure au régime prévenait ou guérissait la dermatose. GYÖRGY conclut à l'existence d'un facteur antidermique qu'il appelle vitamine H. Celle-ci, abondante dans le foie, le rein, la levure, serait en quantité moindre dans le lait. Le lait de vache en contiendrait plus que le lait de femme. Mais l'efficacité en clinique humaine fut loin d'amener les résultats escomptés.

Du reste, comme conclut WOHRINGER, l'identité de la dermite du rat et de l'homme reste à démontrer.

Devant la diarrhée prandiale de ces enfants certains ont incriminé l'hypersensibilité au lait de femme. En fait celle-ci est extrêmement banale chez l'enfant au sein et ne pourrait à elle seule expliquer la maladie.

Deux théories importantes restent encore en opposition.

Pour les uns il s'agirait d'une maladie constitutionnelle. D'après l'école allemande la maladie ferait partie du groupe de la diathèse exsudative. Cette hypothèse s'appuie sur les observations de cas multiples dans la même famille.

La dermatose serait l'expression d'un trouble frappant principalement le métabolisme des graisses.

Le point de départ serait une séborrhée exagérée. Celle-ci entrainerait un arrêt de la kératinisation de l'épiderme. Cette diskératose séborrhéique, tout en

.../...

étant constitutionnelle, serait influencée par l'alimentation, en particulier exagérée par un régime riche en graisses.

D'où l'intérêt thérapeutique pour les partisans de cette théorie d'un régime pauvre en graisses et en particulier le sevrage, le lait maternel étant plus riche en corps gras.

Cette notion de constitution, de terrain, se retrouve déjà chez DARIER.

" La cause directe externe ou interne n'est pas tout, dit-il. Un degré de sensibilité préalable ou acquise intervient pour faire naître une réaction cutanée et pour en déterminer la modalité. "

Mais plusieurs faits d'observation sont en contradiction avec les hypothèses constitutionnelles et carentielles et ne s'expliquent que si l'on admet l'hypothèse infectieuse de la maladie.

Ce sont, avant tout, les épidémies de crèche. C'est LEREBOULLET et BOHN qui assistèrent à la plus importante d'entre elles. WHITE la rapporte en détails dans sa thèse. 50 enfants de la crèche d'Antony furent atteints successivement de dermite, à des degrés variables depuis l'érythème fessier jusqu'à la grande érythrodermie, ce qui a contribué à en justifier l'identité.

Ces 50 enfants occupaient le premier étage de la crèche et aucun cas ne fut signalé aux autres étages.

On doit donc en conclure que quelque soit le germe en cause celui-ci fut transmis d'un enfant à l'autre par le personnel ou le matériel. En effet, ces enfants étaient d'origine tout à fait différente, et leur alimentation en provenance d'une biberonnerie commune à toute la crèche, était absolument identique à celle des autres étages.

Une autre épidémie du même genre fut rapportée par DUPUY et CHASSAIGNETTE, de Bordeaux, en I937 : 82 des 66 nourrissons hospitalisés furent atteints d'érythrodermie.

WOHRINGER enfin, en I946 décrivit une épidémie analogue survenue en I94I dans un refuge de filles mères de Strasbourg.

Les mères avaient pris l'habitude de ne pas faire bouillir tous les langes et lavaient sommairement tous ceux qui n'étaient pas souillés de matières fécales.

.../...

Elles employaient, d'autre part, sans discernement, les langes de la communauté. Sur les I2 nourrissons, 9 furent atteints de dermite dont 4 cas graves.

WOHRINGER et ses collaborateurs,pour confirmer cette transmission directe, expérimentèrent sur sujet sain.

4 nouveau-nés de 5 à 22 jours furent enveloppés dans des langes ayant servi à des nourrissons atteints d'érythrodermie ; tous furent contaminés en I2 à I8 jours.

Cette observation est la preuve expérimentale de la nature infectieuse de la maladie.

Mais, si devant ces faits, celle-ci fut admise d'une façon presque générale, de nombreuses recherches visèrent à identifier le germe en cause.

On pense tout d'abord à des moisissures. MARFAN, LE BLAYE, DUBREUILH et JOULIE, WOHRINGER se montrèrent les défenseurs de cette origine mycosique devant l'aspect des lésions cutanées et l'absence disent-ils de signes infectieux.

En fait, ces signes infectieux existent souvent s'ils restent parfois discrets. On peut voir de la diarrhée, un léger clocher thermique, une perte de poids ou un poids stationnaire.

Les complications infectueuses sont fréquentes auriculaires ou pulmonaires.

Dans les observations de WHITE il est intéressant de noter que sur 36 observations d'érythrodermie généralisée il y a 36 cas d'otite souvent bilatérale, ayant demandé, à plusieurs reprises, des paracentèses successives.

Dans nos 27 observations nous avons I5 otites. Des complications purulentes se retrouvent fréquemment. Dans 7 observations de WOLTZ, de Nancy, il y a : 3 abcès incisés.

chez WHITE (I abcès du dos
(3 conjonctivites bilatérales purulentes
(I abcès de l'épaule
(I abcès du dos du pied
(I abcès périanal
(I ulcération suppurée de l'oreille externe

.../...

Ces suppurations ne font certes pas partie du tableau clinique de l'érythrodermie mais elles en sont la complication la plus fréquente, presque la règle chez l'enfant hospitalisé.

Ces observations ont naturellement incité les auteurs à faire des prélèvements en vue de déterminer le germe causal.

Ce fut LEINER qui les pratiqua le premier.

" Dans presque tous les cas, dit-il, j'ai trouvé une quantité de staphylococcus albus, bacillus pseudo diphtériae et plus rarement du staphylococcus aureus et bacillus pyocyaneus "

PETGES et ses élèves renouvelèrent ces examens. Comme SABOURAUD ils conclurent que tous les intertrigos sont streptococciques à l'origine ou secondairement infectés de streptocoques. Mais ils notent à côté du streptocoque la grande fréquence du staphylocoque et la présence de lésions staphylococciques sous forme de pustules de folliculite.

RABA, dans sa thèse, conclut à la présence habituelle d'un staphylocoque sur gélose et d'un streptocoque sur pipette.

En I93I, Monsieur et Madame MONTLAUR entreprirent des travaux qu'ils rapportent dans " LE NOURRISSON ".

Les squames furent prélevés au niveau des lésions avec une brosse à dents stérile sur boîte de pétri stérilisée.

Ils trouvèrent des cocci en chaînes, diplocoques en capsules ou non, avec quelques amas toujours Gram + qui furent déterminés être des entérocoques.

Mais ils ajoutent que sur 79 des 88 nourrissons sains examinés par ailleurs, on trouve des entérocoques sur la peau.

Ils pratiquèrent également des coprocultures chez des enfants sains et des enfants atteints d'érythrodermie. Chez ces derniers ils trouvèrent : entérocoques à examen direct et à la culture,

.../...

chez les autres (entérocoques à l'examen direct
(colibacilles à la culture

Ils effectuèrent des intradermo réactions avec du vaccin anti streptococcique à 4 millions de germes/cc

Dans 2 cas la réponse fut négative
Dans 2 cas la réponse fut positive

Avec le vaccin entérococcique concentré à 5 milliards de germes par centimètre cube les résultats furent parfois positifs, souvent négatifs mais ce vaccin faisait toujours apparaître des lésions d'eczématides loin du foyer initial, ce qui ne s'était pas produit avec le vaccin streptococcique.

L'épreuve thérapeutique leur parut satisfaisante. Des intradermos réactions tous les 2 jours de vaccin entérococcique à doses croissantes de I goutte à 3 gouttes provoquèrent, selon ces auteurs, une amélioration progressive des lésions cutanées entre la 7ème et la IOème injection.

Les lésions du siège palissent, s'épidermisent. Par contre il y a souvent extension des eczématides.

Les résultats sont médiocres avec un entérocoque prélevé sur enfant sain - l'auto vaccin semble nécessaire.

BOHN, WOH RINGER ne sont pas aussi optimistes au sujet de cette thérapeutique qui, leur semble-t-il, n'a pas modifié le cours de l'évolution.

Les quelques rares prélèvement effectués chez les enfants de la crèche d'Antony montraient cependant la présence d'entérocoques.

:-:-:-:-:-:-:-:

Pour notre part nous rapportons 27 observations d'érythrodermie de stade plus ou moins avancé .Chez ces nourrissons nous avons pratiqué divers prélèvements.

Les examens bactériologiques furent effectués d'une part dans le laboratoire du service de Monsieur LEVESQUE, d'autre part au laboratoire de l'hopital de Neuilly par les laborantines et par CARAVANO alors interne dans le service.

Les selles fraîchement émises furent ensemencées d'emblée sur 3 milieux :

Milieu SS
Milieu Eosine-bleu de Méthylène
Milieu de Chapman modifié

de l'Institut Pasteur. Ceci dans I9 cas.

Dans 5 cas nous avons ensemencé, sur gélose ordinaire, les squames prélevées au vaccinostyle,

Dans 5 cas nous avons prélevé le mucus nasal par écouvillonnage et ensemencé sur gélose nutritive ordinaire et sur milieu de LOEFFLER.

Au cours des I5 otites nous avons recueilli le pus auriculaire qui a été ensemencé sur gélose nutritive ordinaire.

I6 prélèvements de gorge furent pratiqués par écouvillonnage.

Dans I4 selles sur I9nous avons noté la présence d'entérocoques.

D'autres germes variés ont été retrouvés dans les coprocultures.

Mais dans tous nos prélèvements nous avons trouvé la prédominance de cocci Gram + en amas ou en grappes de raisin qui, à la culture, forment des colonies isolées et colorées.

Après examen direct, ces souches furent passées sur milieu de Chapman modifié de l'Institut Pasteur,

.../...

puis examinées à nouveau entre lame et lamelle.

Il s'agit bien d'un staphylocoque doré dont nous avons recherché sa valeur pathogène.

Mr. R. RICHOU, dans son mémoire, détermine les conditions nécessaires à cette appellation.

Ce sont ces techniques qui furent employées.

Tous les germes furent examinés sur milieu de Chapman. On pratique la recherche des coagulases sur plasma de lapin, actives en moins de 24 h. On recherche également des Hémolysines α et B.

Il n'a pas été possible de procéder à l'étude des fibrinolysines.

Toutes les souches viraient le milieu de Chapman parfois en des temps très accélérés.

La recherche des coagulases ne fut pas toujours positive (à peu près dans 50% des cas).

Nous n'avons jamais retrouvé d'hémolysine B.

Ces techniques sont identiques à celles utilisées par TURPIN et PILLET au cours de leurs recherches sur l'individualisation des staphylocoques au cours de l'endémie staphylococcique. Ils effectuèrent des prélèvements systématiques de nez, gorge, anus, chez des nourrissons hospitalisés;sur 20I souches, I40 étaient pathogènes.

Les souches isolées des lésions ne possédaient pas de caractères spéciaux mais les souches isolées des muqueuses respiratoires et digestives étaient souvent identiques.

Aux Journées de Pédiatrie de I952, GERBEAUX, observa un accroissement progressif de la virulence des germes:

en I95I. . . . . 38,5 % étaient pathogènes

en I952. . . . . 52 % le sont devenus

nos prélèvements montrent un taux sensiblement égal à I00% de germes pathogènes, ce qui dépasse ces statistiques précédentes.

.../...

Cette présence constante de staphylocoques dorés pathogènes dans les lésions, la gorge, les selles de nos malades nous a poussé à rechercher d'autres éléments favorables à l'hypothèse d'une origine staphylococcique de l'érythrodermie.

Dans les prélèvements de LEINER, RABA, WHITE, on retrouve déjà un staphylocoque.

Les observations d'abcès sous cutanés, d'otites suppurées chez ces enfants sont très fréquentes et chaque fois que nous avons pratiqué une recherche de germes celle-ci nous a montré la présence " exclusive " de staphylocoques dorés pathogènes.

Dans nos propres observations, un cas a succédé à une mammite staphylococcique, un autre s'accompagne d'une septicémie à staphylocoques avec hémoculture positive , un autre est compliqué d'un adénophlegmon incisé et 3 de suppurations au niveau du cuir chevelu.

GARDERE, Marguerite LAMBERT et J. VALLIER publièrent à la Société Médicale des Hopitaux de Lyon, le I4 juin I938, l'observation : "chez un grand enfant d'une érythrodermie hypique telle qu'on l'observe chez le nourrisson. La présence au décours de l'affection, de très nombreux abcès à staphylocoques permettait de penser, disaient-ils, que cette dermitte traduisait une staphylococcie cutanée ".

Certes, comme l'ont montré TURPIN et PILLET, le staphylocoque est un germe extrêmement banal dans la pathologie courante du nourrisson, en particulier, dans les collectivités d'enfants.

Cependant, deux faits attirent notre attention :

D'une part, la bégninité relative de la maladie à côté de l'extrême gravité des staphylococcis des nourrissons.

D'autre part, le fait que cette maladie apparaisse chez de beaux enfants, dans le milieu familial souvent excellent où ceux-ci reçoivent tous les soins d'hygiène et de propreté nécessaires.

Ces enfants, rappelons-le, sont ou ont été nourris au sein dans la plus grande majorité des cas (25 sur nos 27 observations).

.../...

C'est pourquoi l'idée d'une étiologie alimentaire invoquée à plusieurs reprises nous a paru satasfaisante. En I908, LEINER préleva les laits de mère en vue d'examens chimiques. Ceux-ci se revélèrent tout à fait identiques aux laits témoins.

Cependant LEINER reste convaincu de l'importance du facteur alimentaire, poussé dans cette conception par deux observations.

D' une part l'effet thérapeutique du changement de lait.

D'autre part le cas de deux jumeaux, un seul étant nourri au sein, celui-là seul présenta une érythrodermie qui épargna le second.

Il rapporte aussi le cas de deux frères qui présentèrent, l'aîné comme le cadet, une érythrodermie au cours de leurs premiers mois alors qu'ils recevaient l'alimentation maternelle.

WOLTZ tenta, d'autre part, des réactions intra dermiques de lait de mère chez ces nourrissons. 6 sur 36 réagirent d'une façon positive.

Des injections sous cutanées de lait de mère pratiquées en vu de lever l'anaphylaxie auraient, selon lui, été causes de quelques améliorations.

Pour notre part, quoique la maladie ne soit pas l'apanage exclusif de l'enfant au sein, mais presque la règle, et fidèles à l'étiolodie infectieuse confirmée par WOHRINGER, avons chaque fois que la chose a été possible, prélevé les laits de mère en vue d'examens bactériologiques.

Notre étude a eu pour base les recherches effectuées sur ce sujet par Monsieur LEVESQUE et les observations de staphylococcies graves du nourrisson provoquées par l'ingestion de lait maternel contenant ce germe, rapportées par Monsieur CAYLA dans " LE NOURRISSON ", en I95I.

.../...

Après nettoyage du mammelon à l'alcool, nous avons fait sourdre par pression quelques gouttes de lait qui furent prélevées à la pipette Pasteur stérile et ensemencées sur bouillon ordinaire. Après repiquage du germe sur gélose, celui-ci fut identifié par les méthodes habituelles :

Examen direct
chapmann
coagulases
hémolysines

Dans I4 cas sur I6 nous avons trouvé un staphyloccoque doré pathogène.

Dans les I4 cas, celui-ci virait le chapman en moins de 24 heures.

Dans 3 cas nous avons trouvé un streptocoque.

Une fois un pyocyanique

Les examens bactériologiques ne furent pas assez poussés pour vérifier l'indentité des souches chez l'enfant et chezla mère. Toutefois, dans un cas, cette identité fut retrouvée : (chapman-caogulases cohémolysines identiques - Antibiogrammes superposables).

Cette identité a été retrouvée également dans une autre observation où il s'agissait d'abcès sous cutanés multiples chez un enfant de 3 semaines nourri au sein.

Certes, le staphylocoque est peut-être un hôte banal des canaux galachophores maternels.

Pour nous en assurer nous avons pratiqué des prélèvements systématiques de lait en maternité.

50 laits provenant de 25 nourrices furent étudiés de cette façon.

Dans presque tous les échantillons existait un germe. Seuls 6 étaient tout à fait stériles.

Dans 6 cas il s'agissait d'un streptocoque. 38 contenaient du staphylocoque mais seuls 5 se révélèrent pathogènes.

Nous avons, d'autre part, essayé de comparer au point de vue bactériologique la première goutte de lait émise, le lait obtenu après avoir fait écouler quelques gouttes, enfinle lait de fin de tétée. .../...

Ces examens comparatifs étudiés chez 6 nourrices se révélèrent absolument superposables.

Nous avons examiné cliniquement les nourrices dont le lait contenait un germe pathogène ainsi que leurs nourrissons.

Dans un cas la mère ne présentait ni abcès, ni crevasses, ni lymphangite et l'enfant aucun érythème fessier mais n'était âgé que de 8 jours.

Dans le 2ème cas la mère présentait une menace de crevasses et l'enfant un érythème fessier banal.

Dans le 3èmecas, l'état cutané de la mère et de l'enfant était tout à fait satisfaisant mais l'accouchement ne datait que de 3 jours.

Nous ignorons l'histoire clinique de ces enfants après leur sortie de maternité, ceux-ci n'étant pas revenue à la consultation.

Après ces observations nous avons été amenés à rechercher les antécédents staphylococciques récents des mères de nos enfants atteints d érythrodermie

Que les prélèvements de lait aient été faits ou non, en effet, beaucoup d'enfants avaient été sevrés avant leur hospitalisation.

Au cours des 27 observations nous relevons :

I abcès du sein wI furoncle de la région axillaire avec crevasse du mamelon I abcès du bras 2 crevasses du mamelon.	avec présence de staphylocoques pathogènes dans le lait.
I cas où la mère atteinte de furonculose généralisée avait sevré l'enfant quelques jours avant son hospitalisation.	aucun prélèvement.

Dans II cas le lait contient du staphylocoque pathogène alors qu'aucun antécédent staphylococcique récent chezla mère ne peut le faire soupçonner.

Ce passage des germes dans le lait semble bien être intermittent, ce qui expliquerait peut-être les guérisons spontanées et la bégninité relative de la maladie dans certains cas.

2 cas nous poussent à le penser :

I°) Un prélèvement négatif chez une mère ayant souffert d'abcès multiples récents et où tous les prélèvements de l'enfant sont positifs.

2°) Le cas d'un enfant prématuré, hospitalisé pour hémorragie méningée, nourri au sein, qui présente une érythrodermie typique.

Le lait étant stérile au premier examen, la mère continue à apporter son lait régulièrement. Celui-ci est donné tel que au nourrisson. L'érythrodermie persistant malgré les traitements habituels on refait des ensemencements de lait I mois après les premiers,ceux-ci montrent la présence d'un staphylocoque doré très pathogène

Après 8 jours d'alimentation au lait de mère bouilli, l'érythrodermie est très améliorée.

Cette source d'infection, si elle semble réelle, n'est pas absolument constante.

Deux de nos enfants n'ont jamais reçu le lait de femme. L'un de ceux-ci était un 4ème enfant, l'autre un troisième - Nous n'avons aucun renseignement sur l'état cutané des autres enfants.

On peut fort bien admettre, de toutes façons, que le staphylocoque a été transmis par voie directe ou indirecte comme ce fut le cas dans les épidémies de crèche.

Que peut-on penser de ces examens ?

Nous avons trouvé des staphylocoques doré pathogènes dans les selles, la peau, la gorge de ces enfants atteints d'érythrodermie.

Chaque fois que nous avons vu survenir une complication suppurée, ce qui est fréquent, nous avons trouvé exclusivement un staphylocoque doré.

.../...

Le lait maternal renferme également ce germe même en absence d'une affection apparente chez la mère.

Notons quel'érythrodermie est une maladie précoce dans la vie du noussisson, le début remontant à la 2ème ou 3ème semaine, date d'élection des accidents infectieux du sein. C'est bien au cours des premières semaines de l'allaitement que la nourrice souffrira de crevasses, lymphangite, abcès du sein et non plus tard.

Nous avons donc pensé que le staphylocoque était le germe responsable de l'érythrodermie et que celui était amené à l'enfant par le lait maternel.

Une observation nous a paru particulièrement intéressante à ce point de vue.

Le lait maternel contenant du staphylocoque doré pathogène le Docteur PERROT prescrivit chez un enfant amené en consultation les soins locaux par les colorants Permanganate- Cristal Violet et conseilla à la mère de tirer son lait et de ne le donner à l'enfant qu'après ébullition.

La mère recevait, de plus, un traitement à la tifomycine ; l'érythrodermie guérit, semble-t-il, plus vite qu'à l'ordinaire. Devant la guérison complète de la dermite, le Docteur PERROT autorisa la reprise directe du sein tout en faisant renouveler le prélèvement de lait par sécurité. Le prélèvement montre la persistance du staphylocoque, et l'enfant lui fut ramener quelques jours plus tard, présentant une rechute de l'érythrodermie.

Le traitement qui, en effet, a semblé donner de bons résultats est le traitement local par les bains de permanganate et badigeonnage au cristal violet auquel nous avons associé l'alimentation au lait de mère bouilli ; l'ébullition,comme l'a montré Monsieur LEVESQUE, n'altérant en rien les qualités essentielles du lait de femme.

En milieu familial nous avons évité l'emploi des antibiotiques craignant l'altération de la flore intestinale, et les accidents de staphylocoqcie intestinale grave provoqués par ceux-ci.

En milieu hospitalier où la surinfection est constante il est bien difficile d'en éviter l'emploi chez ces enfants.

.../...

Toutefois, les antibiotiques ne remplacent pas l'ébullition du lait maternel et les soins locaux.

Une complication pratique se pose à ce sujet. Bien des femmes hésiteront devant ce surcroit de travail et seront tentées de sevrer l'enfant plutôt que de tirer leur lait.

Il faut, à tout prix, conserver à ces enfants fragiles l'avantage de l'allaitement au sein, en particulier si le lait doit se stériliser rapidement. On ne devra envisager le sevrage que si, malgré le traitement, le germe persiste ou si l'absence de succion de l'enfant provoque l'arrêt de la montée laiteuse.

Pour pouvoir affirmer le rôle étiologique du staphylocoque il faudrait pouvoir créer la maladie à partir du germe ce qui serait une expérimentation bien dangereuse.

On pourrait également, comme l'on fait les MONTLAUR pour l'entérocoque, pratiquer des intradermes réactions à la toxine staphylococcique. En employant la toxine chauffée les résultats sont identiques et les complications escarrhotiques ne sont pas à craindre (GENEZ et PANNEQUIN).

HUDELO, CHENE, SIGWALD, qui entreprirent cette étude au cours des dermites microbiennes,noten t une réaction positive.

" La réaction au staphylocoque a toujours été la plus nette soit que le rôle du staphylocoque soit prépondérant, soit que l'action sensibilatrice de ce germe soit plus marquée ".

Dans les eczémas diathésiques la réaction fut toujours négative.

[illegible], en 1929, fit un travail identique. Les dermatoses s'accompagnent d'un état de sensibilisation de l'organisme vis-à-vis de substances ou de toxines de certains germes microbiens et nous avons, dans l'intradermo réaction, la preuve de cet état allergique.

MILLIAU et LAUNEY rapportent un cas de parakératose en médaillons consécutive à une blessure infectée. Confirmant la notion d'une sensibilisation des téguments chez certains individus préalablement infectés.

.../...

Le problème se complique ici du fait qu'il s'agit de nourrissons qui, de plus, reçoivent du lait maternel qui d'après Scapaticci, RAMON et Richou, peut être une voie d'élimination d'antitoxine.

Pour KABAK, PILOT (Soc. Exp. Biolog. Med. I93I) les nouveau-nés, jusqu'à deux mois, ne réagissent pas à l'injection intra dermique de toxine staphylococcique alors que les mères, après l'accouchemebt, présentent 97,8 % de réactions positives après injection de 0,I cc de toxine au I/I00.

Pour BENTIVOGLIO, les nouveau-nés possèdent un taux d'antitoxine égal àcelui de leur mère et cette antitoxine d'origine passive disparait à l'âge de 2 à 3 mois.

L'érythrodermie apparaitrait-elle à une période où l'immunité passive aurait disparu sans formation d'immunité active ?

Quoiqu'il en soit, nos expériences sont à peu près nulles sur ce point.

Il doit également, comme le pense DUVORI et ses collaborateurs MARQUEZY, exister un état d'allergie chez ces malades.

Des éléments à typr d'eczématides ont été décrits dans l'érythrodermie généralisée et DARIER, RAVAUT puis MONTLAUR, les ont considérés comme des réactions secondes d'origine allergique.

C'est cet état allergique que nous voudrions rechercher par les intradermos réactions qui, pour DEBRE, représentent essentiellement des réactions d'allergie.

Rappelons, cependant, l'absence complète de prurit, signe mageur des principales dermatoses allergiques.

Que le staphylocoque ait un rôle d'allergène ou qu'une souche particulière, ou une toxine particulière soit à l'origine de cette maladie, nos modestes travaux ne nous ont permis que d'en constater la présence constante chez l'enfant, et dans le lait maternel.

:-:-:-:-:-:-:-:-:

Les observations que nous rapportons ici ont été suivies par Monsieur le Docteur PERROT ou par nous-même dans les services de Monsieur le Docteur CAYLA et de Monsieur le Docteur LEVESQUE, que nous remercions bien vivement d'en avoir autorisé la publication dans cette thèse.

:-:-:-:-:-:-:

OBSERVATION N° I

:-:-:-:-:-:-:-:-:

L..... Daniel

Né le 29-IO. Poids naissance : 3.500 gr. La mère a présenté un érythème du sein puis un abcès du sein. L'enfant n'a été nourri par sa mère que quelques jours. Sevré trois jours avant son entrée où il pèse 3.700 gr. L'enfant présente un érythème fessier en voie d'extension. Diarrhée . Légère chute du poids.

Examens bactériologiques :

Selles : Colibacilles ++
Paracolons +++
Entérocoques +
Staphylocoques Pathogènes +++

Lait Mère: Sein droit : Staphylocoques Pathogènes
Sein gauche: Staphylocoques Pathogènes

OBSERVATION N° II

:-:-:-:-:-:-:-:-:

D..... Evelyne

Poids naissance : 3.650 gr. Consulte à l'âge de un mois et IO jours, pour diarrhée. Erythème fessier. Poids 4.880 gr. Nourrie entièrement au sein. La mère ne présente ni abcès ni crevasse du sain. Le prélèvement de lait montre la présence de staphylocoques pathogènes dans le sein droit, à coagulases + ,: sein gauche : O.

.../...

Traitement ordonné :

Alimentation (lait vache
(lait mère bouilli

Soins locaux (permanganate
(cristal violet

Mère : tifomycine per os

IO jours après : état cutané très amélioré. Devant la très grande amélioration, le Docteur PERROT autorise la reprise directe du sein mais pour plus de sûreté, pratique de nouveaux prélèvements de lait qui montrent :

Sein D. : staphylocoques pathogènes
Sein G. : id id

L'enfant revient quelques jours après avec rechute de l'érythrodermie d'intensité identique à la Ière atteinte. La mère demande le sevrage.

OBSERVATION N° III

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

L..... Denise

Née prématurée au terme de 6 mois I/2. Poids naissance : I.530 gr. Nourrie au lait maternel. Consulte pour érythrodermie généralisée à l'âge de 2 mois.

Examen du lait : Sein G. : pas de germes
Sein D. : pas de germes

Traitement : Permanganate
Cristal violet

.../...

OBSERVATION N° IV

:-:-:-:-:-:-:-:-:

I..... Suzanne

Pèse à la naissance I.450 gr. Jumelle d'une autre enfant décédée au 2ème jour. Accouchement normal. A crié de suite. Gavée au lait de mère et lait de nourrice, puis sein complet, puis sein et lait sec. En couveuse pendant un mois. Poids naissance repris au 28ème jour. A l'entrée à l'âge de 2 mois pèse 2.025 gr. Traits estompés. Bons cris Gesticulation normale. Présente une érythrodermie généralisée, prédominant au siège, aux plis de flexion, au cuir chevelu. Hypotonie globale. Gros abdomen. Ebauche de hernie ombilicale. Respiration irrégulière. Pas cyanose. Boit bien. Fontanelle postérieure non perméable. La suture sagittale n'est pas encore fermée. Gorge rouge. Foie, rate, poumons : R.A.S.

lait mère : Sein D. : 0
Sein G. : staphylocoques pathogènes

OBSERVATION N° V

:-:-:-:-:-:-:-:-:

L..... Evelyne

Née à terme le I7.I2. Poids naissance : 2.450 gr. A crié de suite. Grossesse normale. Nourrie au sein (pas lymphangite ni abcès du sein) Apparition à l'âge de I5 jours de placards d'érythrodermie des régions inguinales et fessières. Celle-ci gagne les membres inférieurs. A 5 semaines gagne cou, face. Pas de fièvre. Subitement, le 6-2 :

température : 39°
diarrhée
selles glaireuses

Traitement : antibiotiques - colorants

...X...

A la suite du traitement grosse amélioration de l'état cutané. L'enfant reste infecté. Subfébrile. Selles glaireuses.

Examens bactériologiques :

Gorge : staphylocoques dorés +++
- catarrhalis ++
- pyocyaniques ++

oreilles : staphylos dorés+++
colibacilles +++

Coproculture: colibacilles +++
paracolons +++
proteus vulgaris+
staphylos dorés pathogènes +++

lait maternel (Sein D. : staphylos dorés pathogènes
(Sein G. : id id id

OBSERVATION VI

:-:-:-:-:-:-:-:

P..... Dominique

Née à terme. Grossesse normale. Accouchement normal. Poids de naissance : 3.040 gr. Nourrie au sein. Pousse normalement jusqu'à la fin du Ier mois. A ce moment là dermite érythémateuse débutant à la région fessière puis gagne cuisses. Atteinte simultanée du cuir chevelu.

diarrhée prandiale
quelques vomissements
chute du poids de 100 gr en 2 jours

La mère a présenté des furoncles de la région axillaire, des crevasses du mamelon. L'enfant est resté au sein. A l'examen, à 6 semaines :

érythrodermie généralisée sans aucun intervalle de peau saine sur le thorax et le dos quelques éléments papuleux.

Examen pulmonaire : R.A.S. Foie et rate normaux. Gorge un peu rouge.

.../...

Examens du lait de mère (Sein droit : 0
(Sein gauche: Staphylocoques pathogènes

Traitement local - Alimentation au lait bouilli - Enfant chute encore de 60 gr. On remplace par lait de nourrice.

Coproculture : colibacilles non pathogènes
entérocoques +
Paracolons +++
staphylocoques dorés pathogènes+++

Prélèvement de gorge : colibacilles non pathogènes
staphylocoques dorés pathogènes +++

Amélioration de l'état cutané. Persistance des selles glaireuses. Le I8 août, à 2 mois I/2 : sevrage - les selles s'améliorent.

OBSERVATION VII

:-:-:-:-:-:-:-:

C..... Nicole.

Grossesse normale. Accouchement normal. Poids naissance : 3.500 gr.Nourrie au sein. A l'âge de deux mois pèse seulement 3.600 gr. A un mois début de l'érythème fessier traité par lavages à l'huile d'amandes douces. La dermite s'étend à l'abdomen, le thorax, la région céphalique. On note une suppuration au niveau du cuir chevelu. Troubles digestifs. Diarrhée ; 5 à 6 selles par jour, vertes et liquides. Poids stationnaire à 3.600 gr. Toux. Ecoulement nasal. Rythme respiratoire accéléré. Pas de vomissements. Erythrodermie desquame largement. Foie déborde un peu le rebord costal ; Coeur : R.A.S. Pas de signes méningés. La mère a présenté un abcès du bras droit.

Traitement : enfant est traité par antibiotiques : tifomycine. Amélioration de l'état cutané; poids augmente. Arrêt de tifomycine : nouvelle chute du poids.

Recherche de staphylocoques dans le lait maternel : négative.

.../...

OBSERVATION N° VIII

:-:-:-:-:-:-:-:-:

K..... Nadia.

Poids de naissance 3.300 gr. Grossesse, accouchement normaux. Nourrie au sein. A l'âge de deux mois : poids 4.600 gr ; erythrodermie généralisée. Recherche de staphylocoques dorés dans le lait maternel : positive. Bon état général. Pas de fièvre.

Traitement : permanganate, cristal violet.
8 jours après, très grande amélioration de l'érythrodermie. L'enfant pèse 5.100 gr. mais, depuis deux jours, otite suppurée.

OBSERVATION N° IX

:-:-:-:-:-:-:-:-:

J..... Daniel.

Né au terme de 8 mois I/2. Poids naissance , 2.390 gr. A crié de suite. Nourri au sein. La mère n'a eu ni crevasses, ni abcès. Enfant éveillé, tonique, pas d'oedèmes, boit bien. Erythème et folliculite du siège.

Prélèvement :

Gorge : staphylocoques dorés +++
protéus ++

Oreilles : protéus ++
staphylocoques dorés +++

Coproculture : colibacilles ++
paracolons +
protéus vulgaris +
staphylocoques dorés pathogènes ++

.../...

OBSERVATION N° X

:-:-:-:-:-:-:-:-:

T..... Jean-Pierre

Grossesse normale. Accouchement : présentation du siège décompléte, mais crie de suite. Pas cyanose. Poids naissance, 2.660 gr. Nourri au sein complètement jusqu'à un mois I/2, puis allaitement mixte. Infection du sein, quand l'enfant a I5 jours. A l'âge de 6 semaines, apparition d'un érythème fessier. I0 jours plus tard, croûtes sur sourcils, le cou, la face, le tronc. Bon état général. Quelques jours plus tard : toux. Dyspnée à son entrée à l'âge de deux mois. Pèse 4.500 gr. Gorge un peu rouge - érythrodermie - quelques râles pulmonaires. Radio : poumons normaux, niveaux liquides. Fontanelle très large. Gros cranio-tabès. Foie, rate normaux.

Prélèvement :

nez : staphylocoques dorée ++++
lait: sein D.) Staphylos dorée pathogènes.
sein G.)

Formule numération:

G.R. : 3.I60.000
G.B. : I5.400
Polys Neutros : 72
Lymphocytes : I9

P L : normale

Coproculture : colibacilles non pathogènes ++++
entérocoques +
staphylos dorés pathogènes ++

Gorge : streptocoques +++
pneumocoques +
staphylocoques blancs et dorés ++

Antibiogramme du streptocoque de gorge :

chloromycétine)
érythromycine) +++
autres antibiotiques et sulfamides : 0

.../...

OBSERVATION N° XI

:-:-:-:-:-:-:-:-:

L..... Dominique.

Gestation normale. Accouchement normal. Poids de naissance 1920 Gr. Placenta 350 gr - B.W. (-) Nourri au lait maternel, tiré. A un mois, à examen : enfant débile, faciès estompé. Peau : érythème de région fessière et face interne des cuisses. Peau infiltrée et squameuse. Oedème sus-pubien. Crie faiblement, mais boit bien. Crâne : disjonction des sutures.

F.O.: papilles un peu pâles et rétine blanchâtre au voisinage des deux papilles, mais sans soulèvement ni néovascularisation.
P.L.: normale.

Coproculture: colibacilles non pathogènes +++
paracolons ++
entérocoques +
staphylos dorés pathogènes ++++

Prélèvement de gorge: staphylos dorés +++
diplococcus +

OBSERVATION N° XII

:-:-:-:-:-:-:-:-:

D..... Françoise.

4ème enfant. Accouchement normal au terme de 8 mois. P.N.: 2.950 gr. Nourri au lait de vache. A l'âge de trois semaines, apparition d'une dermite, dite eczéma. A un mois I/2, dermite persiste, s'étend. On parle de Leiner-Moussus. Erythème intense ; seule les joues ne sont pas atteintes. Pèse 3.120 gr. A eu diarrhée, vomissements.

Examen O.R.L. : légère inflammation de la caisse gauche. Paracentèse bilatérale, suivie d'otorrhée gauche.

.../...

Médecin supprime le lait de vache, met l'enfant au lait de femme ; prescrit aussi :

bains permanganate - pénicilline 200.000 unités - tifomycine intramusculaire : 0,50 gr - largactil 4 mg intra-musculaire puis per os. ultra levure.

Ce traitement amène une amélioration : déshydratation et congestion de peau diminuent, mais il existe des vomissements. Poids reste stationnaire. L'enfant fait une syncope au cours d'une injection de tifomycine : celle-ci sera poursuivie per os.

A deux mois, examen O.R.L. : O D.) O G.) tympans mats

paracentèse bilatérale OD. : Pus
OG. : Sang

deux jours plus tard : oedème hypothermie.
On décide une Antrotomie.
Compte rendu opératoire :

oreille droite : tissus superficiels hémorragiques ; antre grand de situation normale rempli de pus et fongosités. Légère osteite périantrale à prédominance zygomatique que l'on curette.

oreille gauche : antre de même taille et même situation empli également de pus et fongosités. L'osteite périantrale est beaucoup plus importante.

P.L. : liquide hypertendu ; éléments albumine normaux ; enfant bouffi, oedèmes : arrêt largactil.

R.X. : opacité triangulaire du sommet droit.

P.L. : liquide légèrement sanglant.
Alb. : 0,25 - 1000 hématies - 8 leucocytes.

coproculture : colibacilles non pathogènes +++
paracolons +
staphylos pathogènes ++
entérocoques +

.../...

gorge : streptocoques ++
staphylos blancs +
catarrhalis +
muguet +
pyocyaniques +

nez : muguet +
pyocyaniques +++
staphylos blancs +

numération : G.R. = I.900.000
G.B. = 2I.200

2ème coproculture : colibacilles non pathogènes +++
entérocoques +
staphylos pathogènes ++

gorge : staphylocoques dorés +++
muguet ++
bacilles G (-) ++

urée : 0,30 gr

OBSERVATION N° XIII

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

P..... Jean-Louis

Poids naissance 2.500 gr. Entre à l'âge de I5 jours avec abcès de la paroi thoracique gauche qui a été incisé. Température : 39°4. Enfant débile, déshydraté, polypnéique, mais le cri reste bon. Induration étendue au pourtour de l'incision thoracique par où s'écoule le pus. Matité pulmonaire gauche, sans signes d'auscultation. Pas de signes méningés.

P.L. systématique : liquide louche = alb. 0,40
sucre I,42 gr
éléments II,4
gram. Ziehl : néant.

glycémie : I gr 28

formule sanguine : G.R. : 3.700.000
G.B. : 20.I00
polys neutros: 30

.../...

Lenfant vomit.
On le perfuse avec plasma et glucose, puis auréomycine en perfusion.

3 jours plus tard:
température : 36°
pus de abcès épais mais moins abondant

Radio thoracique montre la limite de collection et, de plus, au sommet droit et à la partie moyenne du poumon, on voit de petites opacités non homogènes.

L'enfant reçoit en perfusion : 2.000.000 unités pénicilline
0,025 gr auréomycine

Transfusion de 30 gr. L'enfant est gavé au lait de femme. Localement, lavage au sérum et tifomycine.
4 jours plus tard : le pus ne coule plus
l'induration disparait

On arrête l'auréomycine ; amélioration de l'état général, poids augmente.

Nouvelle P.L. : alb. : 0,30
GLUCOSE : 0,57
éléments 4,8

Numération : G.R. : 4.288.000
G.B. : I5.850

Il se forme une collection du mamelon qui est incisée. L'état général s'améliore ; on arrête les antibiotiques. A ce moment apparaît un érythème fessier qui s'étend " en caleçon ". Desquamation en large lambeaux de tout le corps ; à la face, desquamation plus fine ; léger intertrigo rétroauriculaire.

prélèvement de peau = staphylos dorés
prélèvement de gorge et de nez = staphylos dorés
coproculture = colibacilles +
staphylos dorés ++

OBSERVATION N° XIV

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

M..... Patricia

Grossesse normale. Accouchement au terme de 7 mois I/2. Poids de naissance : 2.300 gr. Nourrie au sein 6 semaines. A repris son poids de naissance à 3 semaines. A 6 semaines, sevrage. au lait sec, qui provoque de la constipation.

.../...

Apparition d'un érythème fessier. On change le lait sec et l'enfant est mis au lait pasteurisé. A ce moment vomit après chaque biberon. Perd I00 à 200 gr par semaine. L'érythème fessier s'étend. A 2 mois I/2, l'érythème desquame.

A l'examen : érythème symétrique des fesses et cuisses, avec squames à la face, quelques plaques érythémateuses péri-nasales, de la nuque et des plis.

coproculture : colibacilles ++
pas $26/_{B6}$, ni $SS/_{B4}$, ni $III/_{B4}$
paracolons ++++
entérocoques +
pyocyaniques ++
staphylos dorés pathogènes ++++

gorge : staphylos dorés pathogènes ++++
oreilles : staphylos blancs
staphylos dorés pathogènes

OBSERVATION N° XV

:-:-:-:-:-:-:-:-:

C..... Chantal

Ier enfant. Grossesse normale. Accouchement normal à terme Né le 9 Déc. A crié tout de suite. P.N. 3.750 gr. Placenta : 500 gr. A repris son poids de naissance au I0ème jour. Nourrie au sein. La mère a présenté des crevasses pendant,un jour au tout début de l'allaitement. A l'âge d'un mois, allaitement mixte : 3 biberons de Guigoz, puis est remise au sein complet. A un mois, pèse 4.230 gr. A l'entrée, pèse 3.640 gr, et est âgée de 2 mois I/2.
A l'âge de 3 semaines, devant un érythème fessier, le médecin avait prescrit des bains de permanganate qui amenèrent une amélioration. A l'arrêt du traitement, extension de l'érythème au visage.

Traitement prescrit : Aleplastine I jour sur 2, sur la moitié du corps.
Amélioration transitoire.

A 2 mois, diarrhée à 6 selles par jour, liquides, vertes.

.../...

Vomit après chaque tétée. Pas d'anorexie ; pas de température. Deux jours avant l'entrée, écoulement purulent spontané de l'oreille gauche.

A examen : bon aspect ; pèse 3.725 gr.
érythrodermie généralisée
foie débordant de un travers de doigt
rate : R.A.S.
poumons : R.A.S. - Radio normale
gorge normale
diarrhée liquide.

Prélèvement du lait de mère : staphylocoques pathogènes poussant très rapidement
Anthogramme : strepte +++
chloro ++
auréo + autres 0

Le 4 Mars : diarrhée peu améliorée
Le 8 Mars : largactil
Le I2 Mars: oreille droite : antrotomie = tissus mous, très épais et hémorragique antre très grand, empli de pus,pas d'osteite périantrale,très large perméabilité antro-atticale.

oreille gauche : même aspect de l'antre et mêmes lésions.

radio du duodénum: transit rapide

A I5 heures : persistance de baryte de l'estomac.

Le I4 Mars :Repas baryté. Présence dans l'estomac d'une partie du repas précédent. Contractions gastriques efficaces.
Un peu de distension gazeuse. Un nouveau liquide.

Mise au traitement largactil-Phénergan = chute de poids de 200 gr.

Le 25 Mai : Oreille coule.

coproculture : colibacilles non pathogènes +++
entérocoques +
paracolons aérobacters ++
staphylocoques dorés pathogènes +++

gorge : staphylos dorés ++++
pneumocoques +

.../...

pus auriculaire : colibacilles non pathogènes ++++
staphylocoques dorés +++

numération : G.R. : 3.580.000
G.B. : I9.I00

P.L.: I élément
Alb : 0,I5 gr

OBSERVATION N° XVI

K..... Nadix.

Né le 23-XI. Entre dans le service le 8 janvier Ier enfant-grossesse normale - Accouchement à terme. B.W.(-) Poids de naissance : 3.300 gr. Placenta : 540 gr.

Nourrie au sein jusqu'à l'entrée. A Port-Royal II jours, puis à Fontenay. A un mois apparition de croûtes du cuir chevelu, puis du siège, atteignant secondairement le visage. Les selles sont liquides.

A examen :
petit thorax
gros ventre
poumons et coeur : R.A.S.
fontanelle dépressible
gorge rouge
érythrodermie

Prélèvements:

lait : staphylos dorés des deux côtés
otite bilatérale: prélèvement du pus auriculaire
à droite : sang
à gauche : pus, staphylocoques dorés ++
coproculture : colibacilles pathogènes +++
entérocoques +
pyocyaniques +++
staphylos dorés pathogènes ++

gorge : staphylocoques dorés ++
streptocoques +
pyocyaniques ++

traitement : lait de mère bouilli
500.000 unités de pénicilline

.../...

OBSERVATION N° XVII

J..... Michèle

Née le 3I - 7 - 3ème enfant. Grossesse normale. Accouchement normal à terme. Cri de suite. P.N. 3080 gr.

N'a jamais été nourrie au sein. La mère ayant eu des abcès pour les autres enfants refuse allaitement. Lait pasteurisé puis Gallia sec puis de nouveau lait pasteurisé.

Depuis la naissance lésions cutanées sur tout le corps, évoluant par poussées.

Le Ier décembre : toux - 39° - vomissements - diarrhée.

Reçoit : Adiazine - bronchocilline - camphopneumine - sirop de phénergan.

chute de la température mais la toux et la diarrhée persistent - l'état cutané continu à évoluer par poussée. Erythème et squames sur tout le corps.

Le 27 décembre : otite - chute de poids - reçoit I50 cc I.V. de plasma humain.

coproculture : colibacilles non pathogènes +++
entérocoques +
paracolons +
staphylocoques dorés pathogènes +++

gorge : streptocoques ++
staphylocoques dorés +
colibacilles non pathogènes +++

pus auriculaire : staphylocoques dorés pathogènes +++
(résistant à tous les antibiotiques et à tous les sulfamides)

PL : 0,6 élément
Alb. : 0,I5 gr.

:-:-:-:-:-:-:

OBSERVATION N° XVIII

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

D..... Daniel

Né le 26 octobre. 4ème enfant.Grossesse : coli-bacillose au 5ème mois. Accouchement normal à terme. A crié de suite. Poids naissance : 4.100 gr. Pendant 2 mois allaitement mixte. A repris son poids de naissance au 15ème jour. Fin décembre sevrage, car la mère est atteinte de furonculose généralisée. 10 jours plus tard : abcès du cuir chevelu chez l'enfant ; prélèvement du pus ; staphylocoques dorés. Hémoculture:négative.

5 janvier : Ecoulement spontané de l'oreille gauche. Pas de vomissements. Pas de diarrhée.

10 janvier : l'enfant est atteint d'une éruption érythémateuse du cou et des joues. Erythème suivi de desquamation en lambeaux des membres inférieurs. Température 39° - Diarrhée verte et grumeleuse. Enfant agité, gémissant la nuit.

Paracentèse : oreille D. = Pus
oreille G. = Pus

Il existe un abcès pariétal

Il n'a pas été effectué d'autres prélèvements.

Traitement : Pénicilline
tifomycine
largactil

OBSERVATION N° XIX

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

S..... Reine

Née le 9 Octobre. 8ème enfant dont 3 DCD de diarrhée. Poids de naissance : 3.100 gr. Accouchement à terme. Circulaire du cordon enfant née cyanosée. Nourrie au sein. Reprend son poids de naissance du 8ème jour. Le 17 octobre: B.C.G. par scarification. Diarrhée prandiale depuis la naissance. Vers le 15 Nov. début d'une éruption érythémato vésiculeuse du siège puis atteinte du cuir chevelu. Atteinte

.../...

du front, des tempes, du sillon retro auriculaire. Les plis sont touchés en dernier. Généralisation en 4 à 5 jours - température 37°5. Reçoiten ville : largactil
vitamine F
huile amandes douces
pommade à auréomycine

Le 30 Novembre : 38°6
toux - dyspnée
pas anorexie - Pas vomissements
diarrhée prandiale

le Ier décembre :
à entrée : érythrodermie généralisée
39°I
traitement : tifomycine

Le 7 Décembre :
Adénophlegmon inguinal gauche volumineux qui est incisé. La diarrhée prandiale a cessé.

Traitement local : colorants
vaseline salicylée sur cuir chevelu.

Le 28 Décembre : Ecoulement persiste au niveau de l'adénophlegmon. On note une induration importante.

Sort le 3 Janvier présentant un bon état général. Etat cutané satisfaisant.

Revient 24 h. après pour :

pneumopathie aigüe avec matité droite.
Râles ronflants. Matité retrouvée à radio. tubage négatif.

Laboratoire.-

Le 8 Décembre : Sein droit (streptocoques
(+ staphylocoques
(dorés pathogènes.

Sein gauche(staphylocoques en
(culture pure
(coagulases +
(vire le Chapman en
(24 h.

Coproculture du 3 décembre :

Entérocoques ++
Staphylocoques +(non pathogènes)

nez : staphylocoques dorés en culture pure ++

.../...

OBSERVATION N° XX

:-:-:-:-:-:-:-:-:

A..... jean-Claude

Ier enfant - famille de Romanichèles. Grossesse accouchement normaux. Entre à l'âge de I mois présentant :

érythrodermie généralisée
écoulement spontané bilatéral seropurulent des oreilles.

Bon état général - Bel enfant.

Laboratoire :

Seins : staphylos dorés + Pyocyanique
2ème prélèvement: staphylocoques dorés pathogènes.
Prélèvement de peau: staphylocoques dorés

coproculture : colibacilles +
entérocoques +
staphylos dorés pathogènes ++

Pus auriculaire - staphylos dorés pathogènes ++

Traitement : bains de permanganate
cristal violet - tifomycine

Soit trois semaines plus tard guéri . Revient 3 jours plus tard avec rechute de l'érythrodermie et température à 39°. Reprise du traitement. Sort guéri. Revient trois mois plus tard pour une autre infection - l'état cutané est tout à fait normal.

OBSERVATION N° XXI

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

V..... Jean-Paul

Né le I5 Décembre.Ier enfant. né à 7 mois. grossesse normale.P.N.=2.660 gr. A crié de suite.P.N. repris à 2I jours. Nourri au sein 3 semaines puis mixte puis sevré. A 2 mois, pèse 4.200 gr. 2 jours après le sevrage l'enfant perd 230 gr en 24 h. en même temps apparaissent : Diarrhée - 38° - Pas de vomissements. Paracentèse: pus. Erythème fessier depuis la naissance. Celui-ci s'étend.

.../...

A entrée le 22/2 : Erythrodermie des membres inférieurs et du siège. Face : éruption à type de petites papules rouges. Poumons : N. Gorge : Rouge. Les oreilles coulent. Prélèvements : staphylocoques dorés pathogènes.

P.L. : liquide moiré
après centrifugation le liquide surnageant est limpide.
Eléments : I,2
assez nombreuses hématies
Alb.:0,25 g. (sur liquide centrifugé)

R.X. : 2 petits niveaux liquides

Traitement : bains permanganate - cristal violet - lait de nourrice - carottes - auréomycine

Coproculture : colibacilles +++
Proteus vulgaris +
pyocyaniques ++
staphylos pathogènes +++

nez : staphylocoques dorés ++

gorge : staphylocoques dorés ++
bacilles d'Hoffmann +

OBSERVATION N° XXII

H..... Catherine

Née le I2 janvier - Ier enfant - découverte d'une tuberculose pulmonaire chez la mère au 3ème mois de grossesse. Le dernier mois albuminurie sans hyppertension. Accouchement à terme. Forceps systématique. P.N. I670 gr. repris au IIème jour. Nourrie par une nourrice. Hospitalisée à I7 jours : I.800 gr. Enfant vivace qui boit bien. Eruption desquamante couvrant une grande partie du corps avec quelques pustules. Prélèvement de la sérosité de la pustule : staphylocoques dorés.

Coproculture : colibacilles non pathogènes
paracolons +
entérocoques +
staphylocoques dorés pathogènes ++

gorge : streptocoques +++
pneumocoques +

.../...

staphylocoques dorés +
muguet ++

2ème coproculture:

colibacilles non pathogènes ++
pyocyaniques +++
staphylos pathogènes ++

numération : G.R.:4.400.000
G.B.: 7.200

traitement : colorants - tifomycine

Amélioration considérable : arrêt des antibiotiques
2 mois après rechute : reprise des antibiotiques

OBSERVATION XXIII

:-:-:-:-:-:-:-:-:

d..... Denise

Née le 2I Septembre. Grossesse normale. Accouchement normal. P.N. 2.700gr. Au sein pendant 2 mois puis allaitement mixte. A l'âge de I mois apparition de quelques vomissements. Puis selles vertes diarrhéiques. Erythème fessier depuis la naissance. Généralisation secondaire traitée par : pénicilline - tifomycine.

Les antibiotiques ont amélioré l'érythrodermie mais il persiste des vomissements et diarrhée. Le 2I Décembre à l'entrée, pèse 3.900 gr. Erythrodermie généralisée. Pas de signes méningés. Selles vertes.ORL : tympans normaux.

Le 25 décembre, oreille droite coule spontanément Par la suite otites D et G successives pendant 3 mois. Prélèvement pus auriculaire. Staphylocoques,dorés.

OBSERVATION N° XXIX

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

J..... Lucien

Ier enfant - grossesse, accouchement normaux. nourri au sein. A l'âge de 3 semaines début d'un érythème fessier qui s'étend secondairement. Diarrhée prandiale. Le reste de l'examen est négatif. A été, traité par la chaux, le lait de vache sans résultat.

.../...

Prélèvements : Lait de mère : Sein D : staphylocoques dorés pathogènes
Sein G : staphylocoques dorés pathogènes
Peau : staphylocoques dorés.
Coproculture : prédominance de staphylocoques dorés
traitement : lait mère bouilli
permanganate - cristal violet

OBSERVATION N° XXV

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

L..... Chantal

IIème enfant.Grossesse normale. Accouchement normal. Au sein complet. Entre à l'âge de 5 mois. Avec 39°. Mauvais état général. Insomnie.

Paracentèse : OD : sérosité
OG : sang

On retrouve une matité pulmonaire droite non visible à la radio. Ponction ramène peu de liquide de formule inflammatoire érythème fessier. Malgré les antibiotiques l'état général reste médiocre. Otite suppurée - Prélèvement: staphylocoques dorés +++. La matité droite persiste. P.L. normale. L'érythème fessier est très important, se développe " en caleçon ". Traitée par antibiotiques variés et perfusion. Etat toxique pendant 48 heures. Apparition au niveau de l'extrémité céphalique de séborrhée du cuir chevelu et d'un intertrigo rétro auriculaire. Au niveau du cou : érythème qui desquame. Prélèvement cutané : staphylocoques dorés ++ sensible seulement à érythromycine.

Selles : colibacilles
entérocoques
staphylocoques dorés pathogènes ++

Sort 2 mois plus tard avec un état général très médiocre.

.../...

OBSERVATION N° XXVI

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

K..... Claude

Prématuré. Né dans l'ambulance. Présente une hémorragie méningée. Nourri au lait de sa mère tiré. Au I5ème jour l'enfant présente un érythème fessier. Celui-ci s'étend et apparaît une séborrhée du cuir chevelu.

Prélèvement de lait : Sein D. = 0
Sein G. = 0

L'enfant est traité par les antiseptiques cutanés et les antibiotiques. Nourri au lait de sa mère tiré. La dermite persiste. On refait un nouveau prélèvement de lait I mois après le Ier.

Sein D.= staphylocoques dorés pathogènes ++
Sein G.= staphylos dorés + streptocoques.

L'enfant reçoit alors le lait de sa mère bouilli; en quelques jours la dermite a presque disparu.

OBSERVATION N° XXVII

:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:

O..... Paul

2ème enfant. Le Ier est DCD de maladie bleue? Né à terme. Accouchement normal. Nourri au sein. A l'âge de I5 jours, apparition d'un érythème fessier. Celui-ci gagne la face interne des cuisses. Quelques points de folliculite en bordure. Aucune altération de l'état général. Très bel enfant.

Lait = Sein D.)
Sein G.) staphylocoques dorés pathogènes.

Peau = staphylocoques dorés pathogènes

Gorge)
Nez) staphylocoques dorés pathogènes

On prescrit lait de mère bouilli
permanganate

.../...

Malgré le traitement, la séborrhée qui débutait s'étend à toute l'extrêmité céphalique mais le siège est très amélioré. IO jours plus tard la mère sevra l'enfant d'elle-même le siège est guéri. Il persiste un érythème du cuir chevelu mais les squames ont disparu.

:-:-:-:-:-:-:

CONCLUSIONS

:-:-:-:-:-:

L'érythrodermie desquamative (maladie de LEINER MOUSSOUS) est généralement considérée comme étant de nature infectieuse, le germe agissant probablement comme allergène.

La nature de ce germe a été recherchée jusqu'ici dans la lésion où la multiplicité des germes rend l'attribution étiologique difficile.

Nous avons, pour notre part, renouvelé ces examens en nous aidant des procédés bactériologiques actuels, en particulier de la détermination du pouvoir pathogène du germe.

Au cours de nos 27 observations, nous notons la présence absolument constante de staphylocoques dorés pathogènes identifiés par :

examen direct
milieu de Chapman
recherche de coagulases
hémolysines

dans les selles, la gorge, le nez, de ces enfants, ceux-ci associés à une flore microbienne variée.

Les I5 pus auriculaires, les nombreuses suppurations (Adénophlegmon - Abcès sous cutanés - Mammite) contenaient exclusivement du staphylocoque doré pathogène.

Ces enfants étant en règle nourris au sein, les examens bactériologiques du lait maternel ont montré la présence quasi-constante (I4 cas sur I6) du staphylocoque doré pathogène.

Par contre, dans 50 échantillons de lait de nourrice nous n'avons trouvé un germe pathogène que cinq fois.

Nous pensons donc :

I°) que le staphylocoque est le germe responsable de l'érythrodermie de LEINER MOUSSOUS,

.../...

2°) que celui-ci est apporté, dans la majorité des cas, par le lait maternel.

3°) que la maladie étant bégnine en elle-même et cédant aux antiseptiques classiques, le traitement par les antibiotiques n'est pas nécessaire chez l'enfant non hospitalisé, et ne présentant aucun foyer suppuratif.

4°) que le passage des germes étant temporaire dans le lait, le sevrage devra être évité dans la mesure du possible, et nous proposons comme traitement l'ébullition du lait de mère associée aux antiseptiques cutanés.

:-:-:-:-:-:

Vu :
Le Doyen :
Léon BINET.

Vu :
Le Président de la Thèse :
Julien MARIE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE
:-:-:-:-:-:

BENTIVOGLIO.- Bull. c. alti. Acad. Roy. Roma. 62. I936.448.

BOISSERIE LACROIX.- La maladie de MOUSSOUS. érythrod. desquamat. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Infant. de Bordeaux et Sud Ouest;I937,N°2.p.6I-68.

BLECHMANN & POTELEINE.- Soc. Pédiatrie 20 octobre I93I.

CAYLA.- Origine mammaire de certaines infections du nourrisson. La Médecine Infantile. I95I.p.I5

COMBY.- Erythr. desquamat. du nourrisson. Archives de Méd. Enfants N° 3 -Mars I909. p.209.

COULANT.- Syndrome de LEINER-MOUSSOUS. La Vie Médicale. Avril I952.

R. DEBRE- BONNET - THIEFFRY.- Ann. de Méd. 42.I937.282.

GERBEAUX.- Journées Pédiatrie I952

GERNEZ-PANNEQUIN.- Revue immunologie I937

GOUGEROT.- Importance des dermo épidermites microbiennes en médecine enfants. J. Praticiens I5 déc.I9I7
Recherches sur réactions cutanées dites eczéma du nourrisson. Annales de dermatologie et syphyl. I93I

HALLEZ.- Etude critique. Le Nourrisson. Janvier I922

HUDELO SIGWALD.- I D au vaccin antistaphylococcique au cours des épidermites microbiennes. Bull. Soc. Derm. et Syphyl. I2 juillet I928

HUTINEL.- Trait. de méd. enfants.

KABAK-PILOT.- Proc. Soc. Exp. Biol. Med. I93I

LEINER.- British Journal of children diseases I908

LEVESQUE .- Le Nourrisson I952

.../...

LIPSKA.- Le Lait. Juillet - Août 1951. Etude bactériologique du colostrum.

LE BLAYE.- L'érythème du nouveau-né n'est-il plus un muguet de la peau. Arch. Méd. chir. de Province.

MARTIN Ch.- Journ. Praticiens de Bordeaux, Mai 1954.

MELON (Melle).- Thèse Paris 1935. Contribution à l'étude de l'érythrodermie desquamative du nouveau-né.

MONTLAUR (Mr et Mme).- Du rôle de l'entérocoque dans la ganèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson. Phénomènes de sensibilisation. Le Nourrisson.T.19.N°3-1931

MOUSSUS.- Recueil de leçons cliniques sur maladies de l'enfance.

RABA.- Dermo Epidermites microbiennes thèse Bordeaux 1923

RAVAUT.- Nouvelle pratique dermatologie-1928.

RICHOU-RAMON.- Revue Immunologie 12-1948

RICHOU.- Anatoxine staphylococcique - Détermination des staphylocoques pathogènes.

SABOURAUD.- Nouvelle pratique dermatologie

TURPIN-PILLET.- Recherches sur l' des staphylocoques. Application à l'étude de l'endémie staphylococcique (Semaine Hopitaux 1951)

TOUZARD.- I D réaction dans Pyodermites et Epidermomycoses. thèse Paris 1929

Simone VIDAL.- Dermites infantiles et réactions secondes. thèse Paris 1932.

WHITE.- thèse Paris 1936 - A propos d'une épidémie survenue à la pouponnière d'Antony.

WOLTZ.- Erythrodermie desquamat. généralisée du nourrisson thèse Nancy 1922.

WOHRINGER.- La dermite du nourrisson. Archives françaises de Pédiatrie.Tome III.N°1. 1946 p.40-49

:-:-:-:-:-:-:-:-:-: